

<https://helda.helsinki.fi>

Vauvan käsi askarruttaa vanhempia - tapauksen ratkaisu

Kuitunen, Mikael

2020

Kuitunen , M , Immonen , T & Mäenpää , H 2020 , ' Vauvan käsi askarruttaa vanhempia - tapauksen ratkaisu ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 75 , Nro 23 , Sivut 1450-1452 . < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL232020-1450.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/320003>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Vauvan käsi askarruttaa vanhempia

– tapauksen ratkaisu



Neljän kuukauden ikäinen vauva tuli lääkärin vastaanotolle neuvolan laajaan terveystarkastukseen. Vanhemmat kertoivat, että lapsi oli varhaisvaiheista alkaen pitänyt oikeaa kättään paljon nyrkissä. Vauva oli hymyilevä ja vastasi hyvin katsekontaktiin.

Raskauden aikana äidillä oli ollut tyreksiinilääkitys hypotyreoosiin. Lapsi oli syntynyt kiireellisellä keisarileikkauksella supistusheikkouden vuoksi raskausviikolla 41 + 2.

Vauvan varhaisvaiheet olivat muuten normaali. Apgarin pisteet olivat 9/10/10, ja B-ryhmän beetahemolyyttinen streptokokkinäyte äidiltä oli negatiivinen. Lapsen syntymäpaino oli 3 400 g.

Terveystarkastuksen tarkastuksessa vauvan ollessa kolme kuukautta kasvu oli todettu normaaliksi ja lapsi otti hyvin kontaktia. Nelikuukautisena vauva oli lääkärintarkastuksessa. Hän kääntyi omatoimisesti vasemman kyljen kautta vatsalleen, kannatti pään traktiokokeessa ja varasi alustaan molemmilla alaraajoilla.

Verkosta poimittua

Verkkolääkäri pohti Erbin tai Klumpken pareesia. Olkahermopunosvaurio voi syntyä alatiesynnytyksen komplikaationa. Erbin pareesi (C5–C6) rajoittaa lähinnä proksimaalisesti yläraajan liikettä (olkavarren nosto). Lihasjänteisyys on heikentynyt tai pareettinen. Lepoasennossa yläraaja hakeutuu vartalon lähelle sisäkierto-ojennusasentoon.

Moni verkkolääkäri oli kiinnostunut raajojen liikeradoista ja mahdollisesta spastisuudesta sekä suositteli fysioterapia-

peutin käsittelyohjeita ja soittoa lastenlääkärille tai -neurologille. Sekin tuotiin esille, että puolierot voivat olla ohimeneviä, mutta pitkittyneitä on hyvä selvittää.

Potilaan jatkovaiheet

Kun lapsi oli terveydenhoitajan tarkastuksessa neuvolassa viiden kuukauden ikäisenä, äiti kertoi, että lapsi ei käytä oikeaa kättä yhtä aktiivisesti kuin vasenta. Tarkastuksessa lapsi vastasi hyvin kontaktiin. Hän tarttui leluun mieluummin vasemmalla kädellä. Lapsi osasi kääntyä molempiin suuntiin. Alaraajoissa ei ollut puolieroja. Suojaheijasteet tulivat esille eteen ja sivuille. Terveystarkastaja ohjasi lapsen terveystarkastuksen fysioterapeutille.

Fysioterapeutin arvioissa viiden kuukauden ikäisenä lapsi oli virkeä ja otti hyvin kontaktia. Eri asennoissa (sylissä, selin, vatsalla) hän tarttui leluihin mieluummin vasemmalla kädellä. Oikean käden sormet olivat paljon nyrkissä, peukalo kämmenen sisällä ja kynärvarsi kiertyneenä lievästi pronaatioon. Oikea käsi tarttui leluun viiveellä.

Suojareaktioissa sivulle oikealle sormet jäivät nyrkkiin, vasemmalle sormet aukesivat. Oikean käden sormet olivat passiivisesti oikaistavissa ja jonkin verran jähmeät. Lapsen varatessa jalkoihin paino oli tasaisesti alaraajoilla, oikea kantapää oli hieman ilmassa.

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee kliinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Nina Kaseva, Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

Fysioterapeutti suositteli jatkotutkimuksia oikean puolen raajojen poikkeavan jännittyneisyyden vuoksi. Neuvolalääkäri teki lähetteen erikoissairaanhoidon lastenneurologialle.

Lääkärin ja fysioterapeutin vastaanotolle lastenneurologian poliklinikalle lapsi tuli kuuden kuukauden iässä. Hän otti hyvin kontaktia, ja seurasi katseella vertikaalisesti, horisontaalisesti ja sirkulaarisesti. Karsastusta ei todettu. Selinmakuulla lapsen oli pää keskilinjassa, oikea käsi oli nyrkissä, kyynärpästä fleksiossa. Hän tarttui leluihin mieluummin vasemmalla kädellä – houkutteluna myös oikealla, mutta oikealla kädellä tarttuminen oli kömpelömpää.

Ollessaan makuulla vatsallaan hän varasi käsiin, mutta oikea yläraaja jäi herkästi vartalon alle kämmen nyrkissä. Suojaheijasteet sivuille tulivat molemmien puolin esiin, mutta lapsen oikea käsi jäi nyrkkiin. Jännevenytysheijasteet tulivat esille ylä- ja alaraajoissa symmetrisesti.

Motoriikan selkeän puolieron vuoksi tehtiin pään magneettikuvaus, jossa löydöksenä oli vasemmalla liikeaivokuorella lähellä käden motorista aluetta pieni kortikaalisen infarktin jälkitila. Samalla alueella oli myös pieni hemosideriini-juoste vuodon jäljenteenä. Infarktialueel-

ta capsula internan suuntaan näkyi Wallerian degeneraatioon liittyvä signaalimuutos, ja vaurioalue ulottui capsula internan takajuosteeseen paikallisesti ja siitä vasempaan isoavipedunkeliin. Myelinaatio oli iänmukaista.

Diagnoosiksi määritettiin oikeanpuoleinen spastinen hemiplegia (CP-vamma).

Sairaalan fysio- ja toimintaterapeutti ohjasivat vanhempia oikean käden käytön aktivoinnissa. Kuntoutuksena aloitettiin sairaalan maksusitoumuksella fysioterapia 1–2 kertaa viikossa. Tavoitteena oli motorisen kehityksen ja vartalon symmetrisyyden tukeminen. Sosiaalityöntekijä oli yhteydessä perheeseen Kelan tukiasioissa. Lapsen hoito ja seuranta siirrettiin lastenneurologiseen kuntoutusyksikköön.

Lastenneurologin kommentit

Motoriikan poikkeava kehitys (poikkeava lihasjänteisyys, puoliero ylä- ja/tai alaraajojen käytössä ja motoriikan hidas kehitys) havaitaan usein jo lastenneuvolan 4–6 viikon – 8 kuukauden ikäkausitarkastuksessa. Lapsi tulisi tällöin ohjata neuvolasta viivettä perusterveydenhuollon fysioterapeutin arvioon ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Monilla lapsilla motoriikan kehitys normalistuu seurannassa, mutta osalla havaitaan motoriikassa pysyvää viivettä ja poikkeavuutta.

Vaikkeat CP-vammat ja ne lapset, joilla on tunnistettuja riskitekijöitä (keskosuus, asfyksia) diagnosoidaan varhain. Kuitenkin noin puolet lapsista, joilla todetaan toispuoleinen liikuntavamma/hemiplegia (CP-vamma), on todettu terveiksi kotiinlähtötarkastuksessa (1) ja diagnoosiin päästään vasta lapsen ollessa 11–24 kuukautta (2–4). Varhain aloitettu kuntoutus parantaa motoriikan ja kognition ennustetta (4). Lastenneuvola on ensilinjassa tunnistamassa lapsia,

joilla on kehityksessä viivettä tai poikkeavuutta (5,6).

Lapsi tarvitsee motorisen kehityksen arviota, jos (7)

- hänen kehityksensä pysähtyy tai taantuu.

- käsien käytössä on puolieroja alle vuoden iässä. Alle 1-vuotiaan lapsen käsien käytön tulee olla symmetristä, eli ”lapsi ei saa olla oikea- tai vasenkätinen”. Viiden kuukauden iässä lapsi tarttuu ojennettuun leluun molemmilla käsillä yhtä hyvin.

- hänellä on lihasheikkoutta, painovoimaa vastaan raajojen liikuttelu tai asennosta toiseen siirtyminen ikään nähden on työlästä.

- lapsi varvistaa jatkuvasti eli kävelee varpaillaan kuusi kuukautta kävelemään oppimisen jälkeen.

- hänellä on toispuoleinen varustus yhden kuukauden pystyasentoon nousun ja kävelemään oppimisen jälkeen.

- hänellä on puoliero kävellessä, esimerkiksi ”laahaa tai heittää toista jalkaa.”

- lapsi ei ole oppinut kävelemään yli 18 kuukauden iässä.

- lapsella on selkeää vaikeutta käsien käytössä tai liikunnallisissa taidoissa.

Suomessa syntyy vuosittain 100–120 lasta, joilla on CP-vamma. Vaurio

voi syntyä raskauden aikana (70–80 %, esimerkiksi aivoinfarkti), synnytyksen yhteydessä (10 %, esimerkiksi asfyksia) tai syntymän jälkeen (12–21 %, esimerkiksi keskushermostoinfektio, pään vamma).

Kyseessä on liikettä säätelevillä alueilla tapahtuva kertavaurio, joka johtaa pysyviin liikkumisen ja toimintakyvyn vaikeuksiin. Vaikeusaste vaihtelee lievästä liikunnallisesta vaikeudesta vaikeaan liikuntavammaisuuteen. Osalla potilaista on liitännäisoireina aistitoimintojen poikkeavuuksia, näön hahmottamisen

ongelmia, syömis- ja kommunikaatio-ongelmia, epilepsiaa, luuston kasvun ongelmia sekä oppimisvaikeuksia.

Lihaskänteyden mukaan luokiteltuna CP-vamma jaetaan spastiseen (kohonnut lihaskänteytyys) ja dystoniseen (lihaskänteytyys vaihtelee) muotoon. Yleisin on spastinen muoto (80 %), jossa hemiplegian osuus on 39 %, diplegian osuus 38 % ja tetraplegian osuus 23 %. Vaurio paikallistuu motoriselle liikeaivokuorelle.

CP-vamman diagnoosi on kliininen, ja sen vahvistaa pään magneettikuvauslöydös. Pään magneettikuvaus jää normaaliksi noin 10 (–15) %:lla CP-lapsista. Tällöin tarvitaan metabolisia tai geneettisiä tutkimuksia, esimerkiksi perinnöllisen spastisen parapareesin diagnosointiseksi.

Kuntoutuslääkärin kommentti

Hermostollamme on luonnollinen kyky muuttua ja mukautua. Nykyään tiedetään, että lapsen oma toiminnallisuus ohjaa lapsen aivojen kehitystä. Yksipuolinen liikemallien käyttö vahvistaa virheellisiä liikemalleja ja tekee niistä lapselle ns. ”normaaleja”.

Nykytiedon mukaan paras interventio hemiplegialapsille on varhainen suunnitelmallinen päivittäinen arjessa toteutettava kuntoutus (8). Se kohdistetaan lapsen hemipuolen lihasten aktivointiin sensoriaan (tuntotiedon) avulla sekä perustoimintojen ja -liikkeiden harjoitteluun, mikä mahdollistaa (ikätaisoisten) taitojen kehittymisen.

Aivojen muovautuvuus eli plastisuus on elämänsäkaaren mittaista kykyä adaptoida ympäristön muutoksiin. Hermoston muovautuvuus on suurinta varhaislapsuudessa. Vanhempien osallisuus on tärkeä osa pienten lasten kuntoutusta. Oikeanlaisten liikemallien varhainen käyttö arjessa ja kuntoutuksessa voi vähentää tai jopa estää lihaksiin, niveliin ja luustoon kohdistuvia haittavaikutuksia (9).

Tämän lapsen käsien käytön puoliero havaittiin oikea-aikaisesti jo lapsen ollessa viiden kuukauden ikäinen, ja lapsi ohjautui viivettä tuen ja kuntoutuksen piiriin.

Tiedetään, että lapsen oma toiminnallisuus ohjaa lapsen aivojen kehitystä.

Seurantakäynnillä (lastenneurologi, fysioterapeutti) yhdeksän kuukauden ikäisenä lapsi otti hyvin kontaktia ja jokelteli. Hän osasi ryömiä ja kontata, vaikka oikea käsi jäi edelleen herkästi nyrkkiin. Hän nousi seisomaan tukea vasten ja lattiatasosta istumaan. Liikkuessa oikean raajaparin lihasjänteys edelleen nousi. Istuessa oikea käsi oli pääosin nyrkissä. Hän tarttui ensimmäiseen vasemmalla kädellä, mutta vaihtoi lelua kädestä toiseen. Motorinen kehitys asettui AIMS-testissä (Alberta Infant Motor Scale) ikävariaatioon. ●

MIKAEL KUITUNEN

dosentti, lastentautien ja lastenallergologian erikoislääkäri
HUS, Lasten ja nuorten sairaudet, Helsingin yliopisto

TUULI IMMONEN

LT, lastenneurologian erikoislääkäri, kliininen opettaja
HUS, Lasten ja nuorten sairaudet, Helsingin yliopisto

HELENA MÄENPÄÄ

LT, lastenneurologian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys
HUS, Lasten ja nuorten sairaudet



Oikea vastaus
sivulla 1456



Tokeneeko selkäkipu?

Iltaapäivälehden lööpissä kehutaan, että enää ei kenenkään tarvitse kärsiä vaikeasta selkäkivusta. Uutista tarkemmin lukiessa selviää, että siinä lainataan isoa prospektiivista kohorttitutkimusta, jossa tutkittiin täysin uudenlaisen lääkkeettömän hoitomenetelmän tehoa ei-akuutin selkäkivun hoidossa. Päättöluomuuttujana oli kipu VAS-asteikolla yhden kuukauden kuluessa interventioista.

Yhden kuukauden kohdalla ei todettu ryhmätasolla tilastollisesti merkitsevää eroa lähtötilanteeseen VAS-kipujanalla mitattuna. Kun tarkasteltiin vain potilaita, joilla lähtötilanteessa kipu oli vaikea (VAS > 8), todettiin selvä muutos lähtötilanteeseen uuden hoitomenetelmän eduksi.

Millainen päätelmä tutkimuksesta voidaan tehdä?

A) Uusi menetelmä on tehokas ei-akuutin selkäkivun hoidossa, mutta menetelmää kannattaa hyödyntää vain vaikeasta selkäkivusta kärsiville.

B) Uudella menetelmällä ei ole todennäköisesti vaikutusta ei-akuutin selkäkivun hoidossa tämän tutkimuksen valossa.

C) Uusi menetelmä on tehokas ei-akuutin selkäkivun hoidossa.

ALEKSI REITO
aleksi@reito.fi

KIRJALLISUUTTA

- McIntyre S, Morgan C, Walker K, Novak I. Cerebral palsy--don't delay. Dev Disabil Res Rev 2011;17:114-29. doi:10.1002/ddrr.1106
- Granhild-Jensen JB, Rackauskaite G, Flachs EM, Uldall P. Predictors for early diagnosis of cerebral palsy from national registry data. Dev Med Child Neurol 2015;57:931-5. doi:10.1111/dmcn.12760
- Hubermann L, Boychuck Z, Shevell M, Majnemer A. Age at Referral of Children for Initial Diagnosis of Cerebral Palsy and Rehabilitation: Current Practices. J Child Neurol 2016;31:364-9. doi:10.1177/0883073815596610
- Novak I, Morgan C, Adde L ym. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment [published correction appears in JAMA Pediatr 2017;171:919]. JAMA Pediatr 2017;171:897-907. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1689
- Mäki P, Wikström K, Hakulinen T, Laatikainen T, toim. Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa – Menetelmäkäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen oppaita 14/2017, 4. uudistettu painos. Tampere.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyskylä/Lastentalo/Liikuntavammat <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lastensairauksista/liikuntavammaisuus>
- Morgan C, Novak I, Dale RC, Guzzetta A, Badawi N. Single blind randomised controlled trial of GAME (Goals - Activity - Motor Enrichment) in infants at high risk of cerebral palsy. Res Dev Disabil 2016;55:256-67. doi:10.1016/j.ridd.2016.04.00
- Shepherd RD. Cerebral Palsy in Infancy. 1. painos. Churchill Livingstone.